

## Konformitätserklärung und Teilnahmebestätigung zum einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem „Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland 2.0“

gemäß der Bestimmung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136a Absatz 3 Satz 3 SGB V

**Die Ausstellung erfolgt über das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) als Vertreter der gemeinsamen Betreiber des KH-CIRS-Netz D 2.0 (ÄZQ, DKG und DPR).**

1. Hiermit wird durch die Betreiber bestätigt, dass die in der Bestimmung des Gemeinsamen Bundesausschusses von Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme (üFMS-B) gemäß § 136a Absatz 3 Satz 3 SGB V in ihrer aktuellen Fassung enthaltenen Vorgaben bei dem oben genannten Fehlermeldesystem erfüllt sind.
2. Ferner wird hiermit durch die Betreiber bestätigt, dass das folgende Krankenhaus derzeit am oben genannten Fehlermeldesystem gemäß § 2 Absatz 3 der üFMS-B und den Teilnahmebedingungen der Betreiber teilnimmt:

---

Name und Hausanschrift des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

---

Institutionskennzeichen und ggf. Standortnummer des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

**Ausfüllhinweis:** Bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten gemäß § 2 Absatz 2 der o. g. Bestimmung sind Name, Hausanschrift, IK und Standortnummer gemäß Qb-R des jeweiligen Krankenhausstandorts anzugeben.

Sofern es sich um eine Erstbescheinigung handelt und der Beginn der Teilnahme der Einrichtung nicht länger als vier Monate zurückliegt, wird mit dieser Bescheinigung bestätigt, dass die Einrichtung die für eine Teilnahme notwendigen Voraussetzungen geschaffen hat und keine Umstände erkennbar sind, die einer dauerhaften Teilnahme am Fehlermeldesystem entgegenstehen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift und Stempel des ÄZQ i. V. von ÄZQ, DKG und DPR

Diese Konformitätserklärung hat eine Gültigkeit von 12 Monaten ab dem Datum der Ausstellung.

**Selbsterklärung der Einrichtung über die Teilnahme am einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem „Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland 2.0“**

Hiermit versichert die Geschäftsführung, dass die Einrichtung \_\_\_\_\_ gemäß § 2 Absatz 3 der Bestimmung des Gemeinsamen Bundesausschusses von Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme (üFMS-B) nach § 136a Absatz 3 Satz 3 SGB V im Jahr \_\_\_\_\_ am einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem „**Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland 2.0**“ teilgenommen hat. Die Teilnahme setzt voraus:

1. Die Einrichtung beteiligt sich aktiv an „**Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland 2.0**“ und hat im aktuellen Jahr mindestens einen Bericht an „**Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland 2.0**“ gemeldet.
2. Die Einrichtung nutzt die in „**Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland 2.0**“ eingestellten Fallbeschreibungen und Kommentare für das lokale Risikomanagement zur Verbesserung der Patientensicherheit in der eigenen Einrichtung.

<b>Fall-Nr. CIRS-Bericht:</b>	
<b>Einrichtung:</b>	
<b>IK-Nr.:</b>	
<b>Standort-Nr.:</b>	
<b>Straße:</b>	
<b>PLZ/Ort:</b>	
<b>Ausstellungsdatum<sup>1</sup>:</b>	

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift und Stempel der Einrichtung*

<sup>1</sup> Geben Sie bitte das Datum an, welches auf der Konformitätserklärung stehen soll, falls es sich bereits um eine Folgebescheinigung handelt.